

Colitis ulcerosa Informationen für Patienten



4	Vorworte
8	Was ist der Verdauungstrakt?
10	Was ist eigentlich Colitis ulcerosa?
13	Welche Organe können noch betroffen sein?
15	Wie häufig ist Colitis ulcerosa?
17	Wie wird eine Colitis ulcerosa festgestellt?
21	Wie ist der Verlauf?
22	Welche Komplikationen gibt es?
23	Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?
31	Gesamtkonzept
32	Was bedeuten die medizinischen Begriffe?
36	Wo bekomme ich Rat und Hilfe?
38	Notizen

#### Vorwort



Chronisch entzündliche Darmerkrankungen stellen trotz einer Häufigkeit von zwischen 0,5% bis möglicherweise 1% der Bevölkerung, medizinisch unterschätzte Größen dar. Die Tabuisierung und Verharmlosung der Erkrankungen seitens Patienten. Ärzten und Gesundheitssystem tragen dazu bei und resultieren in einer Fehl- und Unterversorgung. Verglichen zu Morbus Crohn wird die Colitis ulcerosa von behandelnden Ärzten nicht selten als die hinsichtlich der Lebensqualität als mä-Biger beeinträchtigende Form einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung dargestellt. Derlei Vergleiche sind wenig sinnvoll und unzulässig, und haben gemeinsam mit der weit verbreiteten Einschätzung, dass die Colitis ulcerosa durch die Entfernung des gesamten Dickdarmes geheilt werden kann, zu einem über lange Zeit bestehenden Desinteresse in der Entwicklung basis- und klinisch-wissenschaftlicher Ansätze zur Forschung an Ursachen und neuen Therapie beigetragen. Tatsächlich muss auch die Colitis ulcerosa als chronisch progressive, d.h. voranschreitende Entzündung gesehen werden, die als Erkrankung des Mastdarms beginnt und über deren Dauer kontinuierlich den gesamten Dickdarm befallen kann, und damit nicht nur an Ausdehnung, sondern auch an entzündlicher Intensität zulegen kann. Zudem trägt die Colitis ulcerosa nach jahrelangem Bestehen ein steigendes Risiko der bösartigen Entartung im Sinne der Neigung zum Dickdarmkrebs in sich. Die totale Kolektomie, d.h. die vollständige Entfernung des Dickdarmes als Endpunkt aller therapeutischer Bemühungen wird dabei weder seitens des Patienten, noch des/r gastroenterologischen Experten/in als generelles Ziel der Behandlung gesehen und sollte schließlich nur als letzter Ausweg bei Versagen medikamentöser Maßnahmen empfohlen sein, denn letztendlich können sowohl der chiruraische Einariff als solcher, aber auch die resultierenden chirurgischen Lösungen, die sich entweder als lleostoma oder als ileoanaler Pouch präsentieren, mit Komplikationen und neuen Beschwerdebildern verbunden sein.

Der zuletzt ablaufende Wandel in der Sichtweise der Colitis ulcerosa sowie der beobachtete Therapieerfolg mit einem monoklonalen Antikörper, welcher durch gezielte Blockade von anti-TNF-alpha in der entzündeten Dickdarmschleimhaut zu einer vollständigen Abheilung der Entzündung führen kann, haben einen neuen Boom in der Erforschung der Colitis ulcerosa ausgelöst. Patienten und behandelnde Ärzte können mit berechtigter Hoffnung auf bald zu erwartende neue Erkenntnisse im Einblick der Erkrankung vorausblicken. Der oben erwähnte Antikörper (Infliximab) ist seit Anfang 2006 in Österreich zur Behandlung der Colitis ulcerosa zugelassen, und weitere therapeutische Ansätze befinden sich in reaer Prüfuna.

Die vorliegende Broschüre soll dazu beitragen, das Verständnis des medizinischen Laien zu Themen über die Colitis

ulcerosa zu stärken, und Betroffenen helfen diagnostische und therapeutische Entscheidungen mit ihren Ärzten besser diskutieren zu können. In Zeiten der hochtechnisierten Medizin sollte es nicht mehr notwendig sein, sich den Leiden einer Colitis ulcerosa hilflos gegenüberzusehen. An das Gesundheitssystem muss aber die Anforderung gestellt werden, auch Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eine hochqualitative. flächendeckende medizinische Betreuung zur Verfügung zu stellen, um jenen meist im jungen Erwachsenenalter erkrankten Patienten eine gute Lebensqualität zu ermöglichen. Damit könnte die vorliegende Broschüre auch helfen, die Komplexität in der Betreuung von Patienten mit Colitis ulcerosa aufzuzeigen und das Verständnis für diesen Prozess einzuleiten.

Herzlichst

Prof. Dr. Walter Reinisch

Vorwort



Die Diagnose Colitis ulcerosa bedeutet einen großen Einschnitt in die bisherigen Lebensgewohnheiten eines Menschen. Zu den gesundheitlichen Problemen kommen meist noch Probleme am Arbeitsplatz, finanzielle Probleme und leider oft auch Schwierigkeiten im Privatleben.

In den letzten Jahren lag der Schwerpunkt der Forschung beim Morbus Crohn, bei der Colitis ulcerosa schien es fast schon so, als würde die Entwicklung neuer Medikamente ausbleiben. Durch die nunmehrige Möglichkeit der Anwendung einer weiteren Medikation in Form eines Biologicals hat sich die Wahrscheinlichkeit einer radikalen chirurgischen Lösung zur Krankheitsbewältigung verringert.

Neben der medizinischen Betreuung, die in Österreich in hervorragenden Händen liegt, kann der Kontakt mit anderen Betroffenen im Rahmen einer Selbsthilfevereinigung zur weiteren Lebensbewältigung sehr hilfreich und nützlich sein. Die Österreichische Morbus Crohn-Colitis ulcerosa-Vereinigung (ÖMCCV) bietet in allen Bundesländern Ansprechpartner mit langer Erfahrung und regelmäßige Gruppentreffen an.

Die Auseinandersetzung mit der Krankheit und deren Auswirkungen ist ein weiterer wichtiger Punkt im Umgang mit der Erkrankung. Die ÖMCCV bietet hier neben Informationen in der Zeitschrift Crohnicle und einer informativen Website (www.oemccv.at) eine Reihe von Broschüren für alle Interessierten an. Im Rahmen von Veranstaltungen für Betroffene und Angehörige, auch für spezielle Zielgruppen, gibt es zahlreiche Möglichkeiten zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch.

Die Ursache der Erkrankung ist trotz intensiver Forschung noch immer nicht genau bekannt, es zeichnen sich aber einige wichtige Hinweise auf die möglichen Voraussetzungen für das Auftreten der Erkrankung ab. Auf der Basis dieser For-

schungsergebnisse ist es möglich geworden, neue wirksame Medikamente zu entwickeln und damit den Betroffenen neue Behandlungsmöglichkeiten anzubieten. Die chronische Krankheit Colitis ulcerosa ist nach dem derzeitigen Stand der Medizin nicht heilbar, lässt sich aber durch den gezielten und auf den Patienten abgestimmten Einsatz von modernen Medikamenten im Rahmen der Behandlung im allgemeinen gut bewältigen.

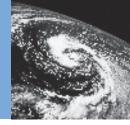
Das Gesundheitssystem wird aus den unterschiedlichsten Gründen immer teurer und schwerer finanzierbar. Eine der Ursachen, neben der immer älter werdenden Bevölkerung, wird in den immer teurer werdenden Medikamenten gesucht. Jedoch gerade der Einsatz von modernen und effizienten Medikamenten kann die raschere Verbesserung des Zustandes der Patientinnen und Patienten herbeiführen, dadurch auch einen wesentlichen Beitrag zur gesamten Kostensenkung durch kürzere Krankenhausaufenthalte, durch

weniger Ausfallszeiten der Betroffenen und rascherer Rehabilitation beitragen.

Diese Broschüre ist eine wichtige und umfassende Informationsquelle für alle Betroffenen und alle an der Krankheit Colitis ulcerosa Interessierten.

Mit den besten Empfehlungen

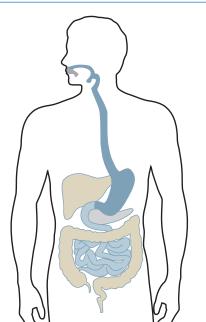
Ing. Franz Schiener Präsident der ÖMCCV



## Was ist der Verdauungstrakt?

Der Verdauungstrakt besteht aus Mund, Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm, Dünn- und Dickdarm, Enddarm und After. Die Hauptaufgaben des Verdauungstrakts bestehen in:

- Aufspaltung der aufgenommenen Lebensmittel in Nährstoffe
- Aufnahme dieser Nährstoffe, von Wasser, Spurenelementen, Mineralsalzen und Vitaminen
- Entsorgung der nicht aufgenommenen Nahrungsbestandteile



#### Mund

Die Nahrung wird zerkleinert und mit Speichel durchmischt, wodurch der Verdauungsprozess in Gang kommt.

#### Speiseröhre

Der so gebildete Speisebrei wird durch die Speiseröhre (Ösophagus) mittels wellenartiger Bewegungen in den Magen transportiert.

#### Magen

Hier wird der Speisebrei mit dem Magensaft, der Säure, Schleim und Fermente enthält, durchmengt und weiter aufgespalten. Schließlich gelangt der Speisebrei durch den Magenpförtner (Pylorus) und erreicht portionsweise den Zwölffingerdarm.

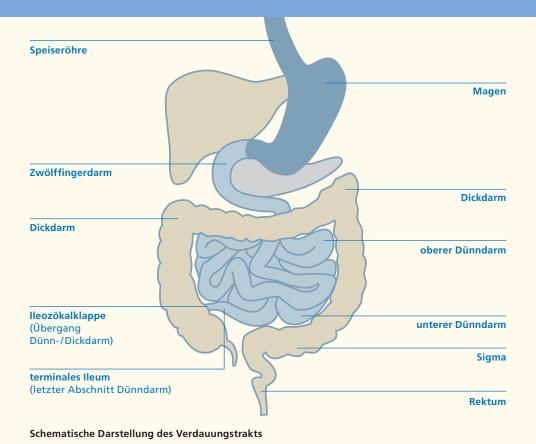
#### Zwölffingerdarm

Im Zwölffingerdarm (Duodenum) wird der Saft der Bauchspeicheldrüse (Pankreas), welcher wichtige Verdauungsfermente enthält, sowie Gallenflüssigkeit, die die Gallensäuren enthält, dem Speisebrei hinzugefügt.

#### Dünndarm

Nächste Station ist der Dünndarm. Fette, Eiweiß, Zucker, Vitamine (A, D, E, K) und Spurenelemente werden nun im oberen Dünndarm (Jejunum) vom Körper aufgenommen. Vitamin B12 und die Gallensäu-

#### Was ist der Verdauungstrakt?



ren werden hingegen nur im unteren Dünndarm (Ileum) resorbiert.

#### Dickdarm (Kolon)

Seine Aufgabe besteht im Wesentlichen darin, Wasser und Mineralstoffe aufzunehmen und den Stuhl einzudicken.

### **Enddarm (Sigma und Rektum)**

Hier wird der Stuhl geformt und in Richtung After transportiert.

### After (Anus)

Die dort befindlichen Schließmuskel halten den Stuhl bis zur endgültigen Darmentleerung zurück.

Die Funktionen des Dick- und Enddarms können durch die Colitis ulcerosa-Erkrankung gestört sein.

## Was ist eigentlich Colitis ulcerosa?

Neben dem Morbus Crohn ist die Colitis ulcerosa die zweite der beiden großen chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Während beim Morbus Crohn der gesamte Verdauungstrakt, und vor allem der Übergang des Dünndarms in den Dickdarm befallen sein kann, ist die Colitis ulcerosa eine chronisch-entzündliche Erkrankung des Dickdarms. Die Krankheit tritt ebenso wie der Morbus Crohn meist schubartig auf. Zwischen den Schüben können die Patienten weitgehend bis völlig beschwerdefrei sein; ein geringer Prozentsatz hingegen kommt nie in vollständige Beschwerdefreiheit. Bei der Colitis ulcerosa geht die Entzündung fast ausnahmslos vom Enddarm aus und kann von dort aus kontinuierlich, also ohne Unterbrechungen durch nicht entzündlich veränderte Darmabschnitte, den Dickdarm nach oben zu befallen. In etwa 40% der Fälle sind der Enddarm und das daran angrenzende Sigma alleine befallen, man spricht hier auch von Proktosigmoiditis. Ist ausschließlich das Rektum betroffen, wird die Erkrankung auch als Proktitis bezeichnet. Bei etwa 40 % der Patienten kann die entzündliche Veränderung die gesamte linke Dickdarmseite betreffen (linksseitige Colitis). Der gesamte Dickdarm ist bei etwa 20% der Patienten betroffen (Pancolitis oder extensive Colitis).

#### Was sind die Beschwerden?

Zu Beginn der Erkrankung treten meist nur unspezifische Beschwerden, wie Schleimbeimengungen beim Stuhlgang, ein vermehrter Stuhldrang und leichte Bauchschmerzen auf – Symptome, die oft wieder vergehen können und zunächst auch an andere Ursachen denken lassen, wie beispielsweise eine leichte Magen-Darm-Verstimmung.

Art und Ausprägung der Symptome einer Colitis ulcerosa werden bestimmt durch:

- das Ausmaß des Dickdarmbefalls
- die Schwere der Erkrankung
- das Vorhandensein von Begleiterkrankungen
- die Entwicklung von Komplikationen

Basierend auf der chronischen Entzündung des Dickdarms und des Enddarms können als Leitsymptome der Colitis ulcerosa Durchfälle, blutige Stuhlbeimengungen, Drang zur Stuhlentleerung und nicht selten krampfartige Bauchschmerzen vor und nach dem Stuhlgang genannt werden.



#### Was ist eigentlich Colitis ulcerosa?

#### TYPISCHE SYMPTOME

#### Blutige Stuhlbeimengungen

Das Auftreten von schleimigen und blutigen Stühlen, auch mehrmals täglich, ist das führende Symptom einer Colitis ulcerosa. Mit zunehmender Ausdehnung der Entzündung im Dickdarm können die Stuhlkontinenz abnehmen und häufigere Entleerungen notwendig werden. Bei schwererem Verlauf wacht der Patient nachts durch den Durchfall auf.

#### Bauchschmerzen

Die Patienten klagen typischerweise über krampfartige Bauchschmerzen, die bei Colitis ulcerosa hauptsächlich an der Stelle des entzündeten Dickdarms, und damit meist im linken Unterbauch, und in zeitlichem Zusammenhang mit der Stuhlentleerung auftreten.

#### Fieber

Von Fieber spricht man, wenn die Körpertemperatur höher als 38°C ist. Fieber bei Colitis ulcerosa ist meist ein Zeichen für eine schwere Krankheitsaktivität oder ein zusätzliches medizinisches Problem.

## Appetitlosigkeit, Übelkeit und Gewichtsverlust

Während des Schubes haben die Patienten oft wenig Appetit, die Krämpfe lösen Übelkeit aus, und die Nahrungsaufnahme ist aus Angst vor Bauchschmerzen und Durchfällen oft unzureichend. Hinzu kommt, dass die normale Funktion des Verdauungstraktes durch die chronische Entzündung gestört ist. Insgesamt kann dies zu Gewichtsverlust und Mangelerscheinungen führen.

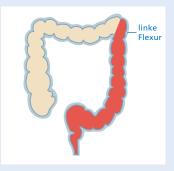
#### **Blutarmut**

Durch den chronischen Blutverlust und die Entzündung können Patienten mit Colitis ulcerosa eine Blutarmut (Anämie) entwickeln, die sich beispielsweise durch allgemeine Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Kurzatmigkeit und Hautblässe äußert.

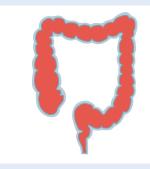
#### Darstellung des möglichen Dickdarmbefalls durch die chronische Entzündung bei Colitis ulcerosa



Proktosigmoiditis (40%)



linksseitige Colitis (40%)



Pancolitis / totale Colitis (20%)

### Was ist eigentlich Colitis ulcerosa?

Symptome/Eigenschaften	Colitis ulcerosa	Morbus Crohn		
Durchfälle	oft blutig, meist schleimig	selten blutig oder schleimig		
Allgemeinsymptome	bei stärkerer Erkrankung	häufig		
Bauchschmerzen	häufig	häufig		
Blutarmut	häufig	häufig		
Fisteln	sehr selten	häufig (40%)		
Dünndarmbeteiligung	sehr selten	häufig (>70%)		
Rauchen	teilweise schützend	krankheitsfördernd		
erstmaliges Auftreten	15-30 und 60-80 Jahre	15-30 und 60-80 Jahre		
Nahrung	kein sicherer Zusammenhang bei beiden Erkrankungen			

Tabelle 1: Symptome und Eigenschaften der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen

## Welche Organe können noch betroffen sein?

Neben den bereits erwähnten Symptomen können die Patienten auch unter sogenannten extraintestinalen Begleiterkrankungen leiden, also Veränderungen, die sich außerhalb des Darms abspielen. Dazu zählen Entzündungen der Gelenke, der Wirbelsäule, der Haut oder der Augen (siehe Abb. 1). Durch die Colitis ulcerosa selbst, sowie durch eine unerwünschte längere Behandlung der Erkrankung mit Steroiden kann es zu einer Verminderung der Knochendichte kommen, die im leichten Fall als Osteopenie (Abnahme der Knochenmasse) und im schwereren Fall als Osteoporose (Knochenerweichung) bezeichnet wird. Die Osteoporose führt erst dann zu Symptomen, wenn es zu Knochenbrüchen oder Wirbelkörpereinbrüchen gekommen ist. Da meist die Wirbelsäule betroffen ist, haben die Patienten dann Rückenschmerzen oder sie bemerken, dass sie kleiner geworden sind. Studien zeigen, dass eine Maßnahme zur Behandlung einer Osteoporose bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen das Erreichen einer dauerhaften Remission (=keine Darmbeschwerden) darstellt.

Typisch und besonders schmerzhaft sind Hautveränderungen wie das Erythema nodosum (siehe Abb. 2) und das seltenere, aber schwer beeinträchtigende Pyoderma gangraenosum (siehe Abb. 3). In ~3% der Fälle finden sich Ver-

änderungen an den Gallenwegen in der Leber, die sogenannte primär sklerosierende Cholangitis (PSC) (siehe Abb. 4a und b). Hier treten Ausscheidungsstörungen für Gallenfarbstoffe auf. Die Mehrheit der Patienten mit PSC ist ohne Symptome, selbst wenn die Erkrankung schon fortaeschritten ist. Diese Bealeiterkrankung ist eine schwere Komplikation und muss durch einen darauf spezialisierten Facharzt (Gastroenterologen) überwacht werden. Meist fallen diese Patienten durch Erhöhungen bestimmter Leberwerte auf. Wenn es zu Symptomen wie Müdigkeit, Juckreiz, Fieber, Schüttelfrost und Nachtschweiß kommt. so sind dies Anzeichen einer Komplikation der PSC, z. B. einer bakteriellen Entzündung der Gallenwege.



Aufnahme mit freundlicher Genehmigung von Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Ochsenkühn, München

Abb. 1: Akute Entzündung der Augenhaut

### Welche Organe können noch betroffen sein?



Abb. 2: Erythema nodosum. Schmerzhafte knotige Hautrötung an den Streckseiten der Extremitäten



Abb. 3: Pyoderma gangraenosum. Tiefes Hautgeschwür am Unterschenkel

Aufnahmen mit freundlicher Genehmigung von Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Ochsenkühn, München



## Wie häufig ist Colitis ulcerosa?

Daten zur Häufigkeit und Verteilung der Colitis ulcerosa in Österreich liegen nicht vor, doch Erhebungen aus anderen europäischen Ländern lassen zwischen 10 und 15 Neuerkrankungen/100.000 Einwohner pro Jahr mit einer ähnlichen Geschlechtsverteilung vermuten. Aus der Tatsache, dass sich die Colitis ulcerosa vorzugsweise im jungen Erwachsenenalter manifestiert und die Patienten in überwiegender Mehrzahl lebenslang betroffen bleiben, kann mit einer Anzahl von 30.000 bis 40.000 Patienten in Österreich, also einer Häufigkeit in der Bevölkerung von bis zu 0,5% gerechnet werden.

#### Ist Colitis ulcerosa eine Erbkrankheit?

Die Erkrankung kann durch eine familiäre Häufung charakterisiert sein. Man geht davon aus, dass eine genetische Veranlagung zur Entwicklung der Colitis ulcerosa beiträgt. Jedoch bedeutet dies nicht, dass die Kinder betroffener Patienten ebenfalls an Colitis ulcerosa erkranken müssen. Die Kinder können ein leicht erhöhtes Risiko tragen. Ein genetischer Marker, der mit der Entstehung der Erkrankung im Zusammenhang steht, konnte – anders als beim Morbus Crohn – noch nicht identifiziert werden.

#### Was ist die Ursache der Colitis ulcerosa?

Man geht, ebenso wie beim Morbus Crohn, von einem durch mehrere Faktoren verursachten Geschehen aus. Das aktuelle Erklärungsmodell für die Entstehung der Colitis ulcerosa bietet die Vorstellung, dass das Immunsystem des Darmes, bedingt durch eine genetische Veranlagung, unverhältnismäßig stark gegen die eigene Darmflora reagiert. Normalerweise hat der gesunde Körper eine Toleranz gegen seine eigene "gute" Darmflora, die aus immerhin zwei Kilogramm Bakterien besteht, mit denen der Mensch in einer vernünftigen Zweckgemeinschaft zusammenlebt. Der Mensch profitiert von diesen Bakterien, z. B. durch deren Vitaminproduktion.

Kommt es zu einem Darminfekt mit gefährlichen Keimen, lösen die Immunzellen des gesunden Körpers eine starke Entzündungsantwort aus, um die Keime wieder los zu werden. Diese Antwort wird nach erfolgreicher Beseitigung dieser "schlechten" Keime wieder heruntergefahren. Es wird vermutet, dass dieses normale Vorgehen der körpereigenen Abwehr nicht mehr funktioniert und sich Entzündung, Heilungs- und Toleranzprozesse in einem Ungleichgewicht befinden.

Bei Colitis ulcerosa können die Entzündungsprozesse offensichtlich nicht mehr kontrolliert werden und eine chronische Entzündung, die durch Botenstoffe aufrecht erhalten wird, ist die Folge.

Tumornekrosefaktor alpha (TNF $\alpha$ ) ist einer der wichtigsten Botenstoffe der Entzündung.

## Wie häufig ist Colitis ulcerosa?

Bei Patienten mit Colitis ulcerosa konnte TNF $\alpha$  vermehrt in den entzündeten Darmabschnitten und im Stuhl nachgewiesen werden. Dies belegt, dass dieser Botenstoff in unmittelbarer Umgebung des Krankheitsgeschehens aktiv ist.



## Wie wird eine Colitis ulcerosa festgestellt?

Ein diagnostischer Goldstandard ist für die Colitis ulcerosa nicht verfügbar, sodass die Diagnose aus der Kombination von Krankheitsgeschichte, klinischer Beurteilung und charakteristischen endoskopischen und histologischen Veränderungen gestellt werden muss. Im Verlauf der Erkrankung können weitere diagnostische Maßnahmen notwendig werden. wenn beispielsweise die Notwendigkeit einer neuerlichen Beurteilung von Befallsmuster und Schweregrad gesehen wird, Komplikationen am Darm oder au-Berhalb vermutet werden oder ein Dickdarmkrebs-Vorsorgeprogramm umgesetzt werden soll.

## Anamnese und körperliche Untersuchung durch den Arzt

Die vom Arzt abgefragte Krankengeschichte (Anamnese) stellt eines der wichtigsten Instrumente dar, um das Vorliegen einer Colitis ulcerosa bereits im Vorfeld abzuklären. Durchfälle mit Schleim und Blutbeimengungen sowie Bauchkrämpfe, die schubartig auftreten, nicht gleich wieder verschwinden, und sich über längere Zeit hinziehen können, sind deutliche Hinweise auf eine Colitis ulcerosa. Weitere Symptome wie Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, oder Fieber können ebenfalls hilfreiche Anhaltspunkte liefern. Bei der körperlichen Untersuchung bemerkt der Arzt vielleicht einen druckschmerzhaften



Bauch im Bereich des Dickdarms, Zeichen einer Blutarmut, Temperaturerhöhungen oder die erwähnten extraintestinalen Manifestationen.

#### Laboruntersuchungen

Anhand der Laboruntersuchungen können sich im Schub in Abhängigkeit von der Ausdehnung der Erkrankung Hinweise auf eine Entzündung, wie z.B. erhöhte Werte des C-reaktiven Proteins (CRP), eine beschleunigte Blutsenkung oder eine erhöhte Anzahl der Blutplättchen (Thrombozyten) zeigen. Als "Entzündungsmarker" können diese Veränderungen allerdings auch bei anderen entzündlichen Erkrankungen festgestellt werden. Des Weiteren können am Anfang der Erkrankung, gerade wenn die Symptome leichter Natur sind, die Laborwerte noch unauffällig sein. Im fortgeschrittenen Zustand kann eine Blutarmut und ein Eisenmangel festgestellt werden. Wichtig ist auch der Ausschluss typischer bakterieller Magen-Darminfekte durch Untersuchungen einer Stuhlprobe.

#### Wie wird eine Colitis ulcerosa festgestellt?

Insbesondere wenn die Durchfälle erst seit Kurzem bestehen, oder eine typische Krankengeschichte, wie ein Auslandsaufenthalt oder der Genuss verdorbener Lebensmittel vorliegt, kann die Symptomatik auf einer bakteriellen Infektion beruhen. Derlei Infekte nehmen im Gegensatz zur Colitis ulcerosa nur sehr selten einen chronischen Verlauf.

#### **Endoskopie**

Die Dickdarmspiegelung (Koloskopie) mit Darstellung des letzten Abschnittes des Dünndarms, terminales Ileum, (Ileokolonoskopie) stellt die Untersuchung mit dem höchsten diagnostischen Wert bei Verdacht einer Colitis ulcerosa dar. Das Spektrum der Abnormitäten der Dickdarmschleimhaut reicht von Schwellungen, Rötungen, erhöhter Schleimabsonderung und Verletzbarkeit, oberflächliche Schleimhautdefekte bis hin zu ausgedehnten und tiefen Geschwürsbildungen und Spontanblutungen. Die Bezeichnung Colitis ulcerosa ist also insofern irreführend, als die Namen gebenden Geschwüre (Ulcera) oft fehlen (siehe Abb. 5a – g, mit freundlicher Genehmigung von PD Dr. Thomas Ochsenkühn). Da die Colitis ulcerosa aber fast immer den Enddarm befällt, kann eine Inspektion der letzten Bereiche des Dickdarms (Sigmoidoskopie) nach einem abführenden Einlauf bereits einen ersten wesentlichen Hinweis für die Diagnose erbringen. Im Verlauf der Diagnosestellung

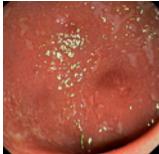
#### Endoskopische Untersuchung der Dickdarmschleimhaut

Abb.5a: Gesunde Darmschleimhaut



Abb. 5 b und c: Leichter Schub einer Colitis ulcerosa





Aufnahmen mit freundlicher Genehmigung von Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Ochsenkühn, München

#### Darmspiegelung

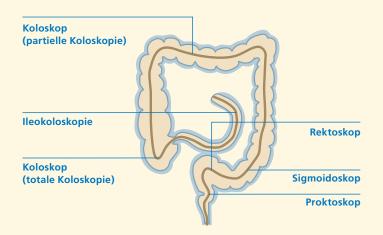




Abb.5d und e: Mäßiger Schub einer Colitis ulcerosa

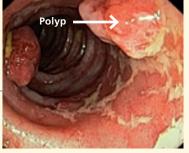




Abb.5f und g: Schwerer und sehr schwerer Schub einer Colitis ulcerosa

Aufnahmen mit freundlicher Genehmigung von Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Ochsenkühn, München

#### Wie wird eine Colitis ulcerosa festgestellt?

sollte jedoch mindestens einmal eine Iloekoloskopie durchgeführt werden. Dabei müssen Gewebeproben (Biopsien) aus allen eingesehenen Darmabschnitten entnommen werden. Die Untersuchung der Biopsien kann ebenfalls die Diagnosesicherung unterstützen, wenn sie für die Colitis ulcerosa typische Veränderungen zeigen. Den Verlust der normalen Schleimhaut durch die chronische Entzündung versucht der Körper manchmal durch eine überschießende und unkontrollierte Schleimhautbildung auszugleichen, die dann polypenartig in das Innere des Darms wächst. Diese gutartigen Polypen (Pseudopolypen) (Abb. 5f) können manchmal bizarre Formen annehmen, und werden von erfahrenen Gastroenterologen und Pathologen im Rahmen von Darmspiegelungen von bösartigen Tumoren des Dickdarms, die ebenso oft als Polypen beginnen können, unterschieden.

Wichtig ist, dass aufgrund der Gefahr der Verletzung des Darms während eines akuten schweren Schubes eine komplette Dickdarmspiegelung nicht empfohlen wird.



## Wie ist der Verlauf?

Colitis ulcerosa ist eine chronische Erkrankung, d. h. die Neigung des Dickdarms zu entzündlichen Veränderungen besteht meist ein Leben lang. Die Erkrankung tritt in der Regel in Schüben auf, d. h. nach einer akuten Entzündungsphase können die Symptome wieder abklingen. Die Dauer der beschwerdefreien Intervalle (auch als Remission bezeichnet) und der Zeitpunkt eines erneuten Schubs sind jedoch nicht vorhersehbar.

Der Verlauf ist individuell sehr unterschiedlich. Es gibt Patienten, die einen leichten Befall haben, sehr lange symptomfrei sind und nur selten Medikamente brauchen. Viele Patienten dagegen benötigen eine medikamentöse Therapie, sowohl zur Bewältigung des akuten Krankheitsschubs als auch zur Aufrechterhaltung der beschwerdefreien Phasen. Im Laufe der Zeit können Ausdehnung, Länge und Schwere der entzündlichen Veränderungen zunehmen, so dass die Colitis ulcerosa als progressive Erkrankung bezeichnet werden muss, d. h. ein Patient mit initial leichter Proktitis kann später eine schwere extensive Colitis entwickeln.

Einige Patienten bedürfen im Verlauf einer Operation zur Entfernung des Dickdarms, wenn die Erkrankung medikamentös nicht mehr zu kontrollieren ist.

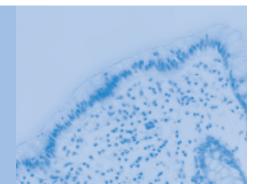
## Welche Komplikationen gibt es?

Bei Patienten mit Colitis ulcerosa kann es zu schweren Komplikationen kommen. Dazu zählen eine massive Darmblutung, schwere Entzündungen (toxisches Megakolon) mit Gefahr des Darmdurchbruches (Perforation) und Dickdarmkrebs. Die massive Blutung ergibt sich meist durch eine schwere Entzündung der Darmschleimhaut. Beim toxischen Megakolon kommt es zu einer starken Erweiterung des Dickdarmes. Diese Komplikationen können potentiell lebensbedrohliche Ausmaße annehmen. Mit den heute verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten werden diese Komplikationen immer seltener berichtet.

Das Risiko, als Patient mit Colitis ulcerosa ein Dickdarmkarzinom zu erleiden, wurde in früheren Studien als stark erhöht angegeben. Neuere Studien zeigen jedoch, dass die Dickdarmkrebsrate bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen unter der heute üblichen Behandlung reduziert werden konnte. Nach einer Erkrankungsdauer von 40 Jahren ist bei ca. 20% der Pati-

enten ein Dickdarmkarzinom zu erwarten. Neben der Erkrankungsdauer sind ein ausgedehnter Befall, das Bestehen einer primär sklerosierenden Cholangitis (PSC), ein Erkrankungsbeginn unter 20 Jahren, sowie eine positive Familiengeschichte wichtige Risikofaktoren. Die Vorsorge Kolonoskopie könnte einen frühzeitigen Nachweis eines Dickdarmkrebs ermöglichen und die Prognose des Patienten verbessern. Daher ist es empfohlen, Patienten mit extensiver Colitis 8 bis 10 Jahre nach Erstsymptomatik ein Vorsorge-Programm inklusive einer Koloskopie mit Stufenbiopsien alle 2 Jahre sowie nach 20 Jahren jährlich anzubieten. Bei Patienten mit linksseitiger Colitis sollte ein Vorsorgeprogramm nach 15 Jahren beginnen. Bei Vorliegen einer PSC sollte die Vorsorge-Koloskopie jährlich wiederholt werden und Ursodeoxycholsäure verabreicht werden.

Es ist anzunehmen, dass der Krebs auf dem Boden der chronischen Entzündung der Darmschleimhaut entsteht. Man geht davon aus, dass die dauerhafte Unterdrückung der Entzündung auch einen Schutz vor der Entstehung bösartiger Veränderungen der Darmschleimhaut bieten kann, so dass die konsequente antientzündliche Therapie der Colitis ulcerosa in den letzten Jahrzehnten einen Rückgang der Dickdarmkrebsraten bewirkt haben könnte. Möglicherweise spielt auch die gute Vorsorgementalität der Patienten und der betreuenden Ärzte eine Rolle.





## Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?

Da die Ursachen der Colitis ulcerosa nicht bekannt sind, ist eine heilende Behandlung, die die Wurzeln der Krankheit beseitigt, bis heute nicht möglich. Therapieziele sind daher

- die Entzündung langfristig zu stoppen
- eine dauerhafte Beschwerdefreiheit (Remission)
- eine normale Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit
- eine befriedigende Teilnahme am sozialen Leben
- die Verhinderung von Komplikationen

Je länger die Erkrankung schon gedauert hat, umso schwieriger ist die Rückführung in einen normalen Zustand. Es ist daher wichtig, möglichst früh eine konsequente Therapie durchzuführen, die wirkungsvoll und nebenwirkungsarm ist. Für die Therapieplanung sind die Ausdehnung der entzündlichen Veränderungen (Befallsmuster) und der Schweregrad der Entzündung von Bedeutung.

Patienten mit Befall des linksseitgen Dickdarms (linksseitige Colitis) oder einem Befall des gesamten Dickdarms (extensive Colitis) sind oft schwerer zu therapieren als Patienten mit alleinigem Befall des Enddarms (Proktitis). Je ausgeprägter die Entzündung des Darms ist, desto mehr Durchfälle haben die Patienten, desto höher ist der Anteil an Blut im Stuhl, desto häufiger müssen die Patienten auch nachts auf die Toilette, desto mehr Schmerzen und Fieber. haben sie und desto kränker fühlen sie sich. Die Beurteilung des Schweregrads der Erkrankung erfolgt in der Regel durch die Symptomatik und anhand der Ergebnisse verschiedener Untersuchungen inklusive des endoskopischen Befundes, Ein Anhaltspunkt zur Beurteilung des Schweregrades ist in Tabelle 2 dargestellt. So kann der Schweregrad anhand der Stuhlgänge und Allgemeinsymptome unterteilt werden.

	Leichte Erkrankung	Mittelschwere Erkrankung	Schwere Erkrankung
Durchfall	<4 blutige Stuhlgänge/Tag	4–6 blutige Stuhlgänge pro Tag	>6 blutige Stuhlgänge pro Tag
Allgemeir	3 3	mäßig	stark

Tabelle 2: Möglichkeit zur Bewertung des Schweregrads der Colitis ulcerosa

#### Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?



Zu den Allgemeinsymptomen zählen beispielsweise Fieber, Blutarmut (Anämie), erhöhte Herzfrequenz (Tachykardie) oder eine beschleunigte Blutsenkung (Laborwert). Jedoch empfindet jeder Betroffene die Erkrankung unterschiedlich, so dass die Bewältigung des Alltags, die Lebensqualität und die Arbeitsfähigkeit hier ebenso berücksichtigt werden sollten.

#### 5-ASA-Präparate

5-ASA-Präparate (5-Aminosalicylsäure), z. B. Mesalazin, dienen der Entzündungshemmung vor Ort im Darm und werden bei Schüben mit geringer bis mäßiger Aktivität verwendet. 5-ASA Präparate sind nicht mit ASS (Acetylsalicylsäure), also beispielsweise Kopfschmerzmedikamenten, zu verwechseln. ASS Präparate sollten bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen nicht angewendet werden. 5-ASA Präparate gibt es in Form von Tabletten, Zäpfchen (Suppositorien), Schäume oder als Einläufe (Klysmen), die je nach Lokalisation der Entzündung empfohlen werden. Eine auf den Enddarm oder linksseitigen Dickdarm beschränkte Erkrankung wird demnach bevorzugt mit Zäpfchen oder Einläufen behandelt.

Der Wirkungseintritt kann innerhalb von wenigen Wochen erwartet werden. Bleiben Erfolg oder Zeichen der Besserung aus oder verschlechtert sich die Erkrankung, sollte rechtzeitig ein Therapiewechsel zu stärkeren Medikamenten durchgeführt werden. Wurde der Schub erfolgreich behandelt, sollten die 5-ASA Präparate weiter als Erhaltungstherapie gegeben werden, da die Fähigkeit die be-



schwerdefreie Phase (Remission) zu erhalten bei der Colitis ulcerosa nachgewiesen werden konnte. Ebenso werden 5-ASA Präparate aufgrund ihrer chemopräventativen Wirkung auch als Karzinomprophylaxe eingesetzt.

Patienten mit schweren Schüben sollten nicht mit 5-ASA Präparaten behandelt werden, andere Medikamente führendort zu besseren Resultaten.

#### **Probiotika**

Probiotika, als Bakterien, welche die Darmflora günstig beeinflussen, sind in der Erhaltung einer Remission einer Colitis ulcerosa oralen 5-ASA Präparaten ebenbürtig.

#### Glukokortikoide

Glukokortikoid-Präparate werden auch als Steroid- oder Cortison-Präparate bezeichnet; häufig fallen auch Wirkstoffnamen wie Prednisolon, Prednison oder Budesonid. Aufgrund ihrer vielfältigen Wirkungen auf die Abwehr- und Entzündungsreaktion vermitteln sie eine starke Entzündungshemmung und stellen einen unverzichtbaren Bestandteil für die Therapie der Colitis ulcerosa in akuten Situationen (Schub) dar. Sie sollten nicht langfristig zur Remissionserhaltung eingesetzt werden, da ihre Nebenwirkungen gravierend sein können (s. u.).

Eine Besserung tritt schnell, meist innerhalb von Tagen ein. Steroide werden bei Schüben mit geringer bis schwerer Aktivität eingesetzt. Während die meisten Steroide systemisch, also im ganzen Körper, ihre Entzündungshemmung entfalten, wirkt Budesonid lokal auf die Darmschleimhaut vor Ort. Budesonid kann bei geringer bis mäßiger Entzündungsaktivität des Enddarms als Schaum angewendet werden.

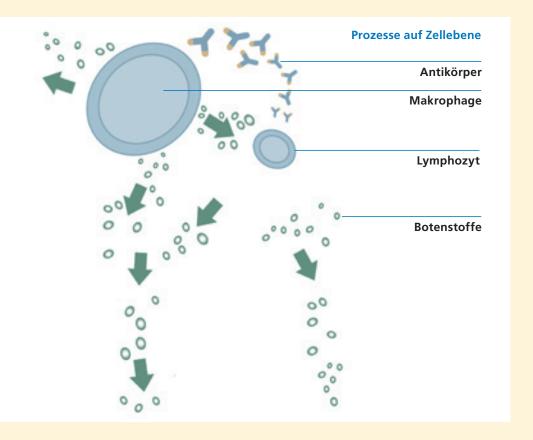
Eine Therapie mit Steroiden darf nicht abrupt abgesetzt werden. Zum einen soll die erzielte Remission durch ein schnelles Absetzen nicht gefährdet werden. Zum anderen wurde die körpereigene Produktion von Cortisol durch die Einnahme von Steroiden heruntergefahren und kommt bei Absetzen dieser Medikamente nur langsam wieder in Gang. Tritt nun eine Stresssituation auf, wie zum Beispiel eine Infektion, eine Operation oder ein Unfall, werden größere Mengen an Cortisol kurzfristig benötigt. Steroide werden deswegen in ihrer Dosis zunächst verringert bevor sie ganz abgesetzt werden können – man nennt diesen Prozess auch Ausschleichen. Werden Steroide zu schnell reduziert, fühlen sich die Patienten oft sehr müde und antriebslos und haben Muskel- und Gelenkschmerzen.

Die möglichen Nebenwirkungen einer Steroidtherapie variieren von Patient zu Patient und sind abhängig von der Dosis und der Behandlungsdauer. Insbesondere bei längerer hochdosierter Einnahme kann es zu Bluthochdruck, gesteigertem Appetit mit entsprechender Gewichtszunahme, Unruhe, Schlaflosigkeit, Akne, Vollmondgesicht und "Stiernacken" kommen. Starker Durst und häufiges Wasserlassen können auf eine Störung des Zuckerstoffwechsels deuten. Die wirksame Unterdrückung des Immunsystems erhöht die Infektanfälligkeit. Langfristige

#### Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?

Cortisonmedikation begünstigt Knochenerweichung bis zu spontan auftretenden Knochenbrüchen und Linsentrübung im Auge. Daher sollte immer versucht werden eine langfristige Therapie mit Cortison Präparaten zu vermeiden oder zu beenden. Eine gleichzeitige Einnahme von Calcium und Vitamin D dient der Vorbeugung von Störungen des Knochenstoffwechsels.

Bei einem Teil der Patienten ist die Wirksamkeit der Cortison-Präparate trotz ausreichender Dosierung nicht zufriedenstellend oder das Ausschleichen der Steroide nicht ohne erneute Entzündungsaktivität möglich. In dieser Situation finden andere Therapiemöglichkeiten, wie Immunsuppressiva oder Biologika ihre Anwendung.





#### **Immunsuppressiva**

Immunsuppressiva, wie beispielsweise Azathioprin oder 6-Mercaptopurin, unterdrücken das körpereigene Abwehrsystem, das bei der Colitis ulcerosa fehlgeleitet ist. Sie kommen zum Einsatz, wenn die bisher beschriebenen Medikamente (5-ASA-Präparate und Steroide) nicht ausreichend wirken oder nicht abgesetzt (Steroide) werden können.

Kann die erfolgreich herbeigeführte Remission durch 5-ASA-Präparate nicht aufrechterhalten werden, und kommt es in kurzen Zeitabständen zu erneuten Schüben, so wird ebenfalls empfohlen, Immunsuppressiva zum Einsatz zu bringen.

Auch wenn der Beweis der Wirksamkeit auf kleinen Therapiestudien beruht, empfehlen die Experten den Einsatz der Immunsuppressiva Azathioprin/6-Mercpatopurin bei Colitis ulcerosa. Während einer Therapie mit diesen Immunsuppressiva kann es zu Nebenwirkungen kommen, wenngleich diese Medikamente von 75-90% der Patienten gut vertragen werden. Die häufigsten Nebenwirkungen Überempfindlichkeitsreaktiumfassen onen in 10 bis 15% der Patienten, die sich innerhalb von 2 bis 6 Wochen nach Therapiebeginn einstellen, und nach Absetzen der Therapie rasch rückgängig sind, wie Beschwerden im Verdauungstrakt (Übelkeit, Bauchschmerzen, Durchfall), Fieber, Hautauschlag, Kopf-, Gelenk- und Knochenschmerzen, Bauchspeicheldrüsenoder Leberentzündung. Die unter Theramit Azathioprin/6-Mercpatopurin beobachteten Infekte sind nur selten schwer und zumeist viraler Ursache (Herpes-Fieberbläschen, Gürtelrose). Schwere Blutbildveränderungen sind sehr selten und zeigen sich größtenteils während der ersten Wochen.

Die meisten Patienten profitieren von der immunsuppressiven Therapie, jedoch ist es für die Erwartungshaltung wichtig zu wissen, dass die Wirkung und der Erfolg der Therapie erst verzögert eintreten, d. h. nach mehreren Wochen bis teilweise Monaten. Unter einer erfolgreichen immunsuppressiven Therapie können Steroide reduziert bzw. ganz abgesetzt werden. Immunsuppressiva werden in der Regel über einen langen Zeitraum angewendet, um langfristig ein Wiederaufflammen der Entzündung verhindern und die Erkrankung kontrollieren zu können.

#### **Biologika**

Die tieferen Einblicke in die Vorgänge verschiedener Erkrankungen ermöglichten die Entwicklung der Biologika. Da diese Medikamente körpereigenen, natürlichen Stoffen nachempfunden werden, bezeichnet man sie als Biologika oder biologische Substanzen. Infliximab gehört zu dieser Gruppe. Es ist ein Antikörper, der spezifisch einen der entzündungsfördernden Botenstoffe, den Tumornekrosefaktor alpha (TNF $\alpha$ ), bindet und somit ausschaltet. Infliximab kann den entzündlichen Prozess und die daraus resultierende Zerstöruna der schleimhaut reduzieren. Diese Therapie wird angewendet, wenn die Behandlung einer mittelschweren bis schweren aktiven Colitis ulcerosa mit einem Steroid und Immunsuppressiva nicht ausreichend

wirkt oder eine Unverträglichkeit gegen solche Therapien besteht.

Der Wirkungseintritt kann zumeist innerhalb von Tagen erwartet werden. Die Anwendung erfolgt als Infusion über eine Armvene. Mit einer regelmäßigen 8-wöchigen Behandlung kann der erzielte Therapieerfolg aufrechterhalten und begleitende Steroid-Präparate reduziert und oft gestoppt werden. Studien konnten belegen, dass die Darmschleimhaut durch Infliximab abheilen und die Notwendigkeit für Krankenhausaufenthalte reduziert werden kann.

Auch unter dieser Therapie kann es zu unerwünschten Wirkungen kommen. Dazu zählen allergische Reaktionen und Infusionsreaktionen, die im Allgemeinen von milder Natur und gut behandelbar sind. Selten kommt es zu neurologischen Wirkungen oder zur Verschlechterung einer Herzinsuffizienz. Da die Immunabwehr effektiv unterdrückt wird, kann auch Infliximab eine erhöhte Infektanfälligkeit bedingen. Vor Anwendung von Infliximab oder anderen Therapien gegen  $TNF\alpha$ , sollten die Patienten auf eine Tuberkulose hin untersucht werden.

Eine begleitende Therapie mit Steroiden sollte so kurz und niedrig-dosiert, wie möglich gehalten werden. Immunsuppressiva können 6 Monate nach Therapiebeginn mit Infliximab abgesetzt werden. Bei jugendlichen Patienten sollte die gleichzeitige Therapie von Infliximab und Immunsuppressiva vermieden werden.



#### **Antibiotika**

Besteht der Verdacht auf eine zusätzliche bakterielle Infektion, werden Antibiotika bei der Behandlung der Colitis ulcerosa zur Unterstützung eingesetzt.

#### **Ernährung durch Infusion**

Im akuten und schweren Schub oder bei mangelernährten Patienten, die vor einer Operation stehen, kann es auch manchmal hilfreich sein, den Dickdarm aus dem normalen Verdauungsprozess auszuschalten und der Schleimhaut die Chance der Erholung zu gönnen. Dies kann durch einen kompletten Stopp der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme durch den Mund erzielt werden, indem eine so genannte parenterale Ernährung für einige Tage über den Infusionstropf verabreicht wird. meist begleitet von einer Antibiotikatherapie. Hierbei handelt es sich in der Regel um Notfallmaßnahmen bei schwerkranken Patienten.

#### Dickdarmentfernung

Patienten, denen mit den bis hierher aufgeführten Therapien nicht ausreichend geholfen werden konnte, wird die Entfernung des Dickdarms empfohlen. Auch bei schweren Komplikationen oder bei Vorliegen von Krebsvorstufen wird eine Kolektomie (Entfernung des Dickdarms) durchgeführt. Dazu bieten sich prinzipiell zwei Möglichkeiten an: Die Anlage eines dauerhaften künstlichen Darmausgangs (Stoma, siehe Abb. 9) oder die Anlage eines so genannten ileoanalen Pouch (ileoanal: Verbindung zwischen Dünndarm und After; Pouch [engl.]: Ta-

sche, Beutel). Ein ileoanaler Pouch (IAP) ist eine Tasche, die durch die operative Verbindung von Dünndarmanteilen entsteht und eine normale Kontinenz ermöglichen soll, also den kontrollierten Stuhlabgang über den After. Zur Anlage eines Pouch wird manchmal zunächst ein vorübergehender künstlicher Darmausgang gelegt, der nach der Abheilung (ca. 3 Monate) der Darmnähte wieder zurückverlegt wird. Nach Anlage eines Pouch kann der Patient mit einer durchschnittlichen Stuhlfrequenz von 5 bis 8 Stuhlgängen rechnen.

Die chirurgische Entfernung des Dickdarms ist ein komplexes Operationsverfahren, das mit Komplikationen verbunden sein kann. So besteht ein Risiko zur Entwicklung von Infektionen an der Nahtverbindung oder eines Nahtbruchs bzw. einer Verengung der Darmschlingen. Auch



Aufnahme mit freundlicher Genehmigung von Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Ochsenkühn, München

Abb. 9: Künstlicher Darmausgang (Stoma)

die anale Inkontinenz oder eine Impotenz kann nicht ausgeschlossen werden.

Eine weitere Komplikation stellt die so genannte Pouchitis dar, also eine Entzündung der Dünndarmschleimhaut im Pouch. Eine Zunahme der Stuhlfreguenz, Schmerzen und gelegentlich Blut, Schleim oder Fieber können zur Symptomatik zählen. Die Pouchitis tritt oftmals schubartig bei bis zu einem Drittel aller Patienten mit Pouchanlage auf und lässt sich meist recht gut mit Antibiotika behandeln, kann sich aber auch sehr hartnäckig jeglichen Therapiebemühungen widersetzen. In diesem Fall bleibt oft nur die Anlage eines dauerhaften künstlichen Darmausgangs (Stoma) als Lösung übrig. Aufgrund der Weiterentwicklung der operativen Techniken in den vergangenen Jahren konnte die Komplikationsrate nach Pouchanlage reduziert werden. Zusätzlich ist der richtige Zeitpunkt zur Operation ein wesentlicher Faktor zur Vermeidung von Komplikationen. Demnach ist es wichtig, die operative Entfernung des Dickdarms frühzeitig als Therapieoption zur Behandlung der Colitis ulcerosa mit einzubeziehen. Ebenso trägt eine konsequente Nachsorge durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen zur Verbesserung der Situation bei.

Insgesamt kann die Lebensqualität der Betroffenen nach chirurgischer Entfernung des Dickdarms deutlich verbessert werden.

## Gesamtkonzept

Vor Beginn einer jeglichen Therapie sollte der behandelnde Arzt zusammen mit dem Patienten ein langfristiges Gesamtkonzept der Betreuung erarbeiten. Dafür muss zunächst Ausmaß und Ort des Befalls diagnostiziert werden (s.o.). Im Anschluss daran werden die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten, inklusive chirurgischer Optionen besprochen. Diese langfristige Strategie sollte schriftlich festgelegt sein, damit der Hausarzt, der Chirurg, der Frauenarzt und andere Ärzte, die den Patienten mitbetreuen. Bescheid wissen – auch im Notfall. Die regelmäßige Krebsvorsorge sollte geplant und eine längere Steroidtherapie verhindert werden. Kern der Therapie ist meist der dauerhafte Erhalt der Remission durch 5-ASA-Präparate. oder wenn diese nicht ausreichen, durch Immunsuppressiva oder Biologika.





## Was bedeuten die medizinischen Begriffe?

Anämie	Blutarmut, Verminderung der roten Blutkörperchen.
Anamnese	Vorgeschichte des Patienten.
Antikörper	Vom Immunsystem gebildeter Eiweißstoff, der speziell gegen eine bestimmte Substanz oder Struktur – ein Antigen – gerichtet ist. Der Antikörper kann ganz gezielt "sein" Antigen an sich binden und dadurch unschädlich machen. Antikörper können auch als Medikamente gentechnologisch hergestellt werden.
Biologika	Körpereigenen, natürlichen Stoffen nachempfundene Medikamente.
Biopsie	Entnahme von Gewebe zur weiteren Untersuchung.
C-reaktives Protein (CRP)	Protein, dessen Konzentration bei entzündlichen Prozessen innerhalb von Stunden bis zum 1.000-fachen ansteigen kann. CRP gilt als Entzündungsmarker, die Konzentration wird aus Blutproben ermittelt.
Endoskopie	Untersuchung (Spiegelung) von Hohlorganen, z.B. des Darms, mit einem Endoskop (Schlauch mit optischem System).
Entzündung	Reaktion des Immunsystems auf tatsächliche oder mutmaßliche Feinde des Körpers, um diese effektiv abzuwehren; häufig handelt es sich dabei um potenzielle Krankheitserreger wie Bakterien oder Viren.

Erythema nodosum	Hauterscheinung – überwärmter, rot-lila, bis zu 5cm großer und schmerzhafter Knoten, meist an den Unterschenkeln.
Fistel	Krankheitsbedingt entstandene Verbindung zwischen einer Körperhöhle (z.B. dem Darm) und der Hautoberfläche oder einer anderen Körperhöhle.
Ileokoloskopie	Endoskopische Untersuchung des Dickdarms und des letzten Abschnitts des Dünndarms (terminales Ileum).
Immunsystem	Sammelbezeichnung für sämtliche Vorgänge, Zellen und Substanzen der körpereigenen Abwehr.
Inkontinenz	Unfreiwilliger Abgang von Stuhl (anale Inkontinenz) oder Harn (Harninkontinenz).
Klysma	Darmeinlauf z.B. zur Anwendung von Arzneimitteln.
Kolektomie	Operative Entfernung des Dickdarms.
Koloskopie	Endoskopische Untersuchung ( Endoskopie) des gesamten Dickdarms (totale Koloskopie) oder von Teilen des Dickdarms (partielle Koloskopie).
Leukozyten	Leukozyten, auch weiße Blutkörperchen genannt, sind gewisser- maßen die Polizisten des Immunsystems. Sie erkennen Krankheits- erreger, machen sie unschädlich und schützen so den Körper vor Infektionen. Bei entzündlichen Vorgängen ist die Anzahl der Leuko- zyten im Blut erhöht.

### Was bedeuten die medizinischen Begriffe?

Osteoporose	Verminderung des Knochengewebes bzw. der Knochendichte.
Pouch	Ein ileoanaler Pouch (IAP) nach Entfernung des Dickdarms ist eine Tasche, die durch eine operative Verbindung von Dünndarmanteilen entsteht und den Dünndarm mit dem After verbindet.
Pouchitis	Entzündung der Dünndarmschleimhaut im O Pouch.
Primär sklero- sierende Cholangitis	Entzündungder Gallengänge mit Verschluss aufgrund krankhafter Bindegewebsvermehrung.
Pyoderma gangraenosum	Hauterscheinungen – schmerzhafte, münz- bis handtellergroße Geschwüre mit rot-weißlichem Grund an Armen und/oder Beinen.
Rektoskopie	Endoskopische Untersuchung des Rektums (letzter Abschnitt des Enddarms).
Remission	Beschwerdefreiheit.
Sigmoidoskopie	Endoskopische Untersuchung des Sigmas und des Rektums (Enddarm).
Stoma	Eine künstlich geschaffene Hohlraumöffnung zur Körperoberfläche, z.B. ein künstlicher Darmausgang.
Suppositorium	Zäpfchen zur Anwendung von Arzneimitteln.



Tumornekrosefaktor alpha (TNFα) Botenstoff (Zytokin), der eine zentrale Rolle bei den Entzündungsprozessen, wie z.B. bei Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn, spielt.

Zytokine

Von verschiedenen Zelltypen gebildete Botenstoffe, die Signale von einer Zelle zur anderen weitergeben und damit dafür sorgen, dass alle notwendigen Beteiligten (Organe und Zellen) bei der Abwehrreaktion ihren Beitrag leisten können.



## Wo bekomme ich Rat und Hilfe?



# ÖMCCV

ÖSTERREICHISCHE MORBUS CROHN-COLITIS ULCEROSA VEREINIGUNG

A-1020 Wien, Obere Augartenstraße 26-28 im 1. Wiener Selbsthilfezentrum

INFORMATION:

www.oemccv.at

jeden DIENSTAG von 9 bis 12 und 17 bis 19 Uhr

Telefon + Fax: 01/333 06 33 e-mail: office@oemccv.at www.oemccv.at

Im Nachrichtenblatt der ÖMCCV, dem "Crohnicle", ist eine Liste von Ambulanzen enthalten, die Patienten mit Morbus Crohn behandeln.

e-mail: office@oemccv.at

Zweigstellen:

NÖ Süd:

Burgenland: Christine Landauer, Mitterwald 12, 7344 Stoob-Süd

Tel.: 02612/426 26, mobil: 0664/558 26 72

Kärnten: Norbert Schumm, Oberort 14, 9344 Weitenfeld

Tel.: 0664/658 09 01, e-mail: ns@t-email.at

Oberösterreich: Walter Bruckner, Römerstr. 136, 4600 Wels, Tel.: 07242/741 78, mobil: 0660/811 05 05, e-mail: bruckner.walter@utanet.at

Salzburg: Peter Enthammer Speckbacherweg 2/13, 5400 Hallein, Tel.: 0664/1345049

e-mail: peter.enthammer@aon.at

Steiermark: Ing. Evelyn Schauer, Wassergasse 8/8, 8010 Graz, Tel.: 0664/11 22 405

e-mail: oemccv-stmk@aon.at

Tirol: Manuela Corinna Steinkellner, Schützenstr. 52, 6020 Innsbruck

Tel.: 0650/728 38 55, e-mail: manuela.steinkellner@oemccv.at

Vorarlberg: Heidi Türtscher, Oberhub 20, 6844 Altach, Tel.: 0664/583 44 77
Wien, NÖ Nord: Barbara Reiterer, Obere Augartenstraße 26-28, 1020 Wien

Tel.: 01/333 06 33, e-mail: barbara.reiterer@oemccv.at

Marietta Riemer, Mühlwiesengasse 136, 2640 Köttlach

Tel.: 0676/9381212 (Mo + Di 18-20.00 Uhr)

#### www.ibdis.net

IBDIS (Inflammatory Bowel Disease Information System)
Die Datenbank IBDIS informiert über chronische entzündliche
Darmerkrankungen, neueste Entwicklungen in der Therapie und
klinische Studien bei Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und
Indeterminate Colitis

Auf dieser Internetseite sind unter "Contacts" einige Ambulanzen zu finden, die Patienten mit Morbus Crohn behandeln.

#### www.netdoktor.at

Das unabhängige Gesundheitsweb für Österreich

#### www.iced.at

Interdisziplinäres Forum Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

#### www.oeggh.at

Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie, Arbeitsgruppe Chrohnisch entzündliche Darmerkrankungen

#### mpressum

Herausgeber: AESCA Pharma GmbH, Traiskirchen
Gestaltung: add coop München / Uwe Heilig Mediendesign
medien technik hofstetter / Traiskirchen

#### Wissenschaftliche Beratung

Dr. med. Thomas Ochsenkühn, München Univ. Prof. Dr. med. Walter Reinisch, Wier Prof. Dr. med. Stefan Schreiber, Kiel

Stand: November 2007

#### Notizen

## Colitis ulcerosa Informationen für Patienten



